

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

IM-3105.1-S
10-98

Para: _____

Dirección: _____

La siguiente información se necesita para determinar/volver a determinar su elegibilidad para asistencia de efectivo estampillas de comida servicios médicos cuidado de niños. Los elementos marcados abajo se deben entregar antes del _____. Si no entrega la información requerida:

- La solicitud será rechazada.
- Se reducirá la asistencia.

- Se dará término a la asistencia.
- Se suspenderá el caso de asistencia.

Por favor, proporcione a la agencia la siguiente información (vea los puntos que están marcados):

Forma completa de solicitud/redeterminación. Se ha programado una entrevista para usted el _____ a las _____.

Comprobante de nacimiento y otro documento de identificación para: _____

Número de Seguro Social (SSN) y/o prueba de solicitud a un SSN para: _____

Comprobante de embarazo y fecha esperada de nacimiento.

Comprobante de ciudadanía o estatus migratorio para: _____

Certificado médico para _____, indicando la naturaleza de la discapacidad y el periodo de tiempo durante el que no podrá trabajar. (Use la forma de la agencia, si se adjunta.)

Talones de cheques de pago o una declaración firmada del empleador de _____, con las ganancias totales, número de horas trabajadas, pago por hora y fechas de pago para el o los siguientes meses: _____

Horario diario de cuidado de niños necesario para cada niño. (Use la forma de la agencia, si se adjunta.)

Nombre del proveedor de cuidado infantil seleccionado.

Comprobante de ingresos y gastos por autoempleo para el o los siguientes meses: _____

Una carta que pruebe cualquier beneficio recibido u otro comprobante de: _____ que indique los ingresos mensuales de cada miembro de su hogar que los reciba.

Si tiene cualquier pregunta o si necesita asistencia para obtener esta información, llame a: _____ al _____.

Comprobante de manutención de niños y/o pensión alimenticia recibida en el o los siguientes meses: _____

Comprobante de todo préstamo, subsidio, beca, matrícula y cuota

Comprobante de manutención de niños pagada en el o los siguientes meses: _____

Comprobante de gastos de cuidado de niños o de personas dependientes.

Comprobante de solicitud para: _____

Comprobante de balance(s) de cuenta de cheques/ahorros.

Verificación de seguro de vida/funerario, incluyendo nombre de la póliza, número, año de emisión, valor nominal, y valor de rescate en efectivo de cada póliza.

Pólizas de seguros de salud y sus números respectivos.

Recibo(s) de alquiler o hipoteca para el o los siguientes meses: _____

Nombre, dirección y número telefónico del propietario: _____

Declaraciones de impuestos a la propiedad y prima de seguro de propietario de vivienda para el año: _____

Declaración de composición del hogar, incluido el número total de personas que viven en el hogar.

Comprobante de inscripción escolar para: _____

Facturas médicas para el o los meses de: _____

Complete y devuelva la forma de reporte adjunta para el mes de: _____

Otro _____

Oficina local _____ Firma/Fecha _____

Esta forma reemplaza a la Forma IM-3105.1, 11-86. (This form supersedes Form IM-3105.1, 11-86)